

СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ В ВОИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ

Филянович А.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения каждый год в мире регистрируется 250 миллионов новых случаев заболевания инфекциями, передающимися половым путём (ИППП). В 2002 году всеми формами ИППП в Беларуси заболели 104 000 человек, среди которых трихомоноз составил 25,6%, бактериальный вагиноз-24,3%, уреаплазмоз-19%, урогенитальный хламидиоз-14,8%. Если учитывать нетипичные, латентные (субклинические) формы ИППП, распространённость этой патологии в Беларуси может составить 600-800 тыс. случаев ежегодно, что

согласуется с расчётными данными ВОЗ [3]. В течение года около 1% населения Беларуси болеет всеми формами ИППП (В.И.Ключенович, 2003). По данным автора причиной бесплодия 155 семей в 90% случаев являются ИППП. По данным А.Л.Навроцкого (2003), в Республике Беларусь, официально регистрируемая заболеваемость хламидиозом в 2002 году увеличилась по сравнению с 2001 годом на 26,45 и составила 155,3 на 100 тыс. населения (122,4 – в 2001 году). Инфицированность хламидиозом составляет 30-60% среди женщин и свыше 50% у мужчин, имеющих признаки заболеваний мочеполовых органов (В.М. Семёнов с соавт., 2002). По мнению различных исследователей в России ежегодно заболевают урогенитальным хламидиозом более 1,5 млн. человек, при этом в большинстве случаев этиологический диагноз не устанавливается [1]. В США заболевают приблизительно 3 млн. человек в год. В любой стране, включая Беларусь нет полного контроля за этой инфекцией, во многих местах медицинские работники не имеют доступа к лабораториям, проводящим диагностику хламидийной инфекции [2].

Известно, что наличие в семье лиц старшего поколения, инфицированных хламидиями (блефароконъюнктивиты, урогенитальная патология), представляет угрозу инфицирования для остальных членов семьи. Введение термина «семейный хламидиоз» обусловлено результатами обследования семей, в которых были выявлены хламидийные поражения в двух - трех поколениях. В ряде исследований было показано, что в семьях, где родители больны урогенитальным хламидиозом около 30-35% детей также поражены этим заболеванием, причем нередко (до 7%) – это экстрагенитальные формы, которые чаще всего протекают в виде вялотекущего конъюнктивита или блефароконъюнктивита [1].

Принимая во внимание особенности комплектования Вооруженных Сил лицами активного полового возраста, масштаб проблемы, ее большую социальную и экономическую значимость, необходимо рассматривать ИППП как одну из многочисленных проблем здравоохранения в целом и Вооруженных Сил, в частности. Решение этой проблемы положительно скажется на повышении боеготовности личного состава и снижении уровня заболеваемости в Вооруженных Силах.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение состояния и организации медицинской помощи больным ИППП в воинских коллективах для оптимизации эпидемиологического надзора за распространением инфекции.

Материалы и методы. Объект исследования: 2500 военнослужащих Витебского гарнизона, изучены истории болезни военнослужащих, находившихся на стационарном лечении в военно-медицинском учреждении Витебского гарнизона за 10 лет (с 1995 по 2005 гг.)

Результаты и обсуждение. В структуре заболеваемости военнослужащих ИППП в течение последних лет отмечается значительное снижение заболеваемости сифилисом – в 2004, 2005, 2006 годах не зарегистрировано ни одного случая; заболеваемость гонореей снизилась с 12,1 на 1000 в/сл в 1995 году до 7,2 в 2006 году; заболеваемость трихомониазом снизилась с 9,4 на 1000 в/сл в 1995 году до 8,3 в 2006 году. В тоже время имеется тенденция к росту патологии, связанной с другими возбудителями ИППП (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз и др.). Учитывая территориальный принцип формирования воинских коллективов Витебского гарнизона в основном из молодых лиц, призываемых из Витебской области, представляет интерес заболеваемость ИППП среди гражданского населения Витебской области. Так в 2005 году заболеваемость составила гонореей 79,44 на 100 тыс.; в 2004 - 73,73; сифилисом 54,03 на 100 тыс.; в 2004 - 54,5; трихомониазом 312,49 на 100 тыс., в 2004 - 313,3; урогенитальным хламидиозом 323,75 на 100 тыс., в 2004 - 265,86. Представляется вероятным, что заболеваемость среди военнослужащих должна коррелировать с заболеваемостью гражданского населения. По официальным статистическим данным заболеваемость хламидиозом в Республике Беларусь в 2004 году выросла по сравнению с 2000 г. в 2,6 раза, уреаплазмозом в 2,3 раза. Однако объективные данные по заболеваемости ИППП привести невозможно по ряду причин. Существующий в прошлые времена механизм строгого эпидемического, клинического и правового контроля за источником инфекции, механизмами передачи и контингентами, вовлекаемыми в эпидемический и инфекционный процессы, в настоящее время практически не работает. Наблюдается существенный отток больных с контагиозной инфекционной патологией в негосударственные медицинские учреждения, увеличился процент больных, занимающихся самолечением. Свобода нравов, поведения, включая сексуальное, рост наркомании и алкоголизма среди подростков являются основной причиной стремительного роста ИППП [2]. Так при анонимном анкетировании 146 военнослужащих по призыву установлено, что 27,5% опрошенных молодых людей имели от 4 до 6 и более новых половых партнёров за прошедший год, при этом 14% вообще не пользовались

презервативами, а 32,3% редко использовали данное средство профилактики ИППП. 74,3% вступали в половой контакт после приёма алкоголя. В сексуальные отношения с малознакомыми людьми вступали 24,5% опрошенных молодых лиц.

Можно предположить, что у части военнослужащих имеющееся заболевание протекает в латентной (субклинической) форме и за медицинской помощью они не обращаются. При обращении в медицинское подразделение Витебского гарнизона в плане диагностики могут быть выполнены только рутинные исследования (мазок из уретры с окраской по Романовскому-Гимзе). При обращении в иные лечебные учреждения (кожно-венерологический диспансер, частные медицинские центры) диагностические исследования могут быть проведены в необходимом объёме (ПИФ, ИФА, микробиологический метод, ПЦР), позволяющем выявить возбудителя, определить стадию заболевания, обосновать необходимость назначения антибактериальных препаратов. Однако в этом случае из-за особенностей прохождения воинской службы военнослужащими по призыву возникают затруднения с контролем излеченности и диспансеризацией. Актуальность дальнейшего изучения распространения ИППП в воинских коллективах обусловлена рядом причин:

- средний возраст в/сл 18-40 лет, данные зарубежных и отечественных авторов свидетельствуют о распространении ИППП преимущественно у женщин и мужчин активного полового возраста;

- возможные нарушения репродуктивной функции у лиц, перенесших инфекцию и как следствие-угроза демографической составляющей национальной безопасности Республики Беларусь;

- военнослужащие являются репрезентативной группой для изучения распространения ИППП среди населения.

Выводы.

1. Высокая значимость и актуальность для военнослужащих ИППП предполагает проведение как медицинской службой, так и командованием частей и подразделений целенаправленных профилактических мероприятий.

2. Для выяснения реальной картины распространения ИППП и хламидиоза в частности необходимо провести рандомизированный скрининг военнослужащих.

3. При выявлении больных, инфицированных и лиц из групп риска дальнейший лабораторный скрининг, определение активности патологического и инфекционного процесса, установление окончательного диагноза, назначение лечения и контроль за его

эффективностью необходимо проводить в специализированном кабинете.

Литература:

1. Клиника, диагностика и лечение хламидийной инфекции / Л. В. Кудрявцева [и др.]. – Москва, НПФ «Литех», 2001.
2. Хламидийная инфекция / В. М. Семёнов [и др.]. – Витебск, 2006. – 205 с.
3. Кот, М. В. Особенности сексуальной жизни пациентов кабинета анонимной диагностики ИППП / М. В. Кот // Здоровоохранение. – 2005. – №7. – С. 56-57.